Reis, Pharm co L. D. dos

THESE INAUGURAL

DO

Pharm.co Luciano Dimas dos Reis

Faculdade de Medicina da Bahia

THESE

APRESENTADA A'

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

Em 31 de Outubro de 1912

PARA ser DEFENDIDA PUBLICAMENTE PELO DOUTORANDO

Pharm.co Luciano Dimas dos Reis

Nascido á 7 de Janeiro de 1879 na Capital da Bahia

Fllho legitimo do tenente Sansão Dimas Tavares

AFIM DE OBTER O GRÁO

DE

DOUTOR EM MEDICINA

DISSERTAÇÃO

CADEIRA DE CLINICA CIRURGICA

Ligeiras considerações acerca do diagnostico da appendicite e do seu tratamento

PROPOSIÇÕES

Tres sobre cada uma das cadeiras do curso de sciencias medicas e cirurgicas

BAHIA

TYPOGRAPHIA DO "SALVADOR"— CATHEDRAL

1912

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

Director—Dr. AUGUSTO C. VIANNA
Secretario—Dr. MENANDRO DOS REIS MEIRELLES
Sub-Secretario Dr. MATHEUS VAZ DE OLIVEIRA

PROFESSORES ORDINARIOS

DRS.:	CADEIRAS:
Manóel Augusto Pirajá da Silva	Historia natural medica e parasithologia
Pedro da Luz Carrascosa	Physica medica
Francisco da Luz Carrascosa	Chimica medica
Julio Sergio Palma	Anatomia microscopica
José Carneiro de Campos	Anatomia descriptiva
Pedro Luiz Celestino	Physiologia
Augusto Cesar Vianna	Microbiologia
Antonio Victorio de Araujo Falcão	Pharmacologia
Guilherme Pereira Rebello	Anatomia e histologia pathologicas
Fortunato Augusto da Silva Junior	Anatomia-medico-cirurgica com operações e apparelhos
Gonçalo Moniz Sodré de Aragão	Pathologia geral
José Eduardo F. de Carvalho Filho	Therapeutica
Luiz Anselmo da Fonseca	Hygiene
Josino Correia Cotias	Medicina legal
Anisio Circundes de Carvalho	Clinica Medica
Francisco Braulio Pereira	Clinica Medica
João Americo Garcez Fróes	Clinica Medica
Antonio Pacheco Mendes	Clinica cirurgica
Braz Hermenegildo do Amaral	Clinica cirurgica
Carlos Freitas	Clinica cirurgica
Clodoaldo de Andrade	Clinica ophtalmologica
Eduardo Rodrigues de Moraes	Clinica oto-rhino-laryngologica
Alexandre E. de Castro Cerqueira	Clinica dermathologica e syphiligraphica
Frederico de Castro Rebello	Clinica pediatrica medica e hygiene infantil
Alfredo Ferreira de Magalhães	Clinica pediatrica cirurgica e orthopedia
Climerio Cardoso de Oliveira	Clinica obstetrica
José Adeodato de Sousa	Clinica gynecologica
Luiz Pinto de Carvalho	Clinica psychiatrica e de molestias nervosas
Aurelio R. Vianna	Pathologia medica
Antonino Baptista dos Anjos	Pathologia cirurgica

PROFESSORES EXTRAORDINARIOS

OS DRS.:	CADEIRAS:
Egas Muniz Barreto de Aragão	Historia natural medica e parasithologia
João Martins da Silva	Physica medica
Clementino Rocha Fraga Junior	Clinica medica
Adriano dos Reis Gordilho	Anatomia microscopica
José Affonso de Carvalho	Anatomia descriptiva
Joaquim Climerio Dantas Bião	Physiologia
Augusto de Couto Maia	Microbiologia
. . . .	Pharmacologia
Eduardo Diniz Gonçalves	Anatomia Medico-cirurgica com operações e apparelhos
Antonio do Prado Valladares	Pathologia geral
Frederico de Castro Rebello Koch	Therapeutica
José Aguiar Costa Pinto	Hygiene
Oscar Freire de Carvalho	Medicina legal
Caio Octaviano Ferreira de Moura	Clinica cirurgica
. . . .	Clinica ophtalmologica
Albino Arthur da Silva Leitão	Clinica dermatologica e syphiligraphica
Menandro dos Reis Meirelles Filho	Clinica obstetrica
Mario Carvalho da Silva Leal	Clinica psychiatrica e molestias nervosas
Antonio do Amaral Ferrão Muniz	Chimica analytica e industrial
. . . .	Chimica Medica.
. . . .	Anatomia e Histologia Pathologicas.

PROFESSORES EM DISPONIBILIDADE

Dr. Sebastião Cardoso
Dr. José E. de Castro Cerqueira
Dr. Deocleciano Ramos
Dr. José Rodrigues da Costa Doria

A Faculdade não approva nem reprova as opiniões exaradas nas theses pelos seus auctores

EXORDIO

O assumpto de que vamos tratar tem merecido a pouca importancia dos medicos-cirurgiões, apezar de não ser assumpto novo.

Desejava apresentar um trabalho completo, porem, causas diversas me inhibiram de fazel-o.

Um moço que vem, desde o inicio de seu tirocinio academico, encontrando obstaculo e peripecias, porem sem desanimar, porque confiou muito e muito no poder da vontade escudada na fé, esta fé que é o balsamo adoçador da vida e o tranquilisador da consciencia.

Pensei que os homens, socialmente falando, se distinguissem pela moralidade e pela competencia intellectual, porem na pratica, vi ao contrario do que suppunha pelo retrahimento que encontrei naquelles a quem solicitei auxilio na confecção deste trabalho a que, por força de lei, sou obrigado a apresentar, afim de obter o gráu

de doutor em medicina, porem serei indulgente para com elles, severo para commigo, afim de que possa saborear o manjá do grande banquete social.

Abordamos um assumpto que, segundo uns, pouca ligação tem com a medicina; conforme outros, mantem intima ligação com a cirurgia.

Eis o assumpto:

Diagnostico da appendicite. Seu tratamento.

Poucas têm sido as vantagens que a medicina tem colhido no tratamento da appendicite, devidas a sua impotencia para tal fim.

Observei uma doente do nosso hospital em que tendo sido empregado todos os meios que a medicina fornece, manejado com todo criterio por um professor modesto, caprichoso e competente, o resultado, ao meu ver, foi infructifero, apparentemente a doente está restabelecida; entretanto o illustre professor muito instou para ella ser operada, ella furtou-se a operação; conserva-se com sua appendicite.

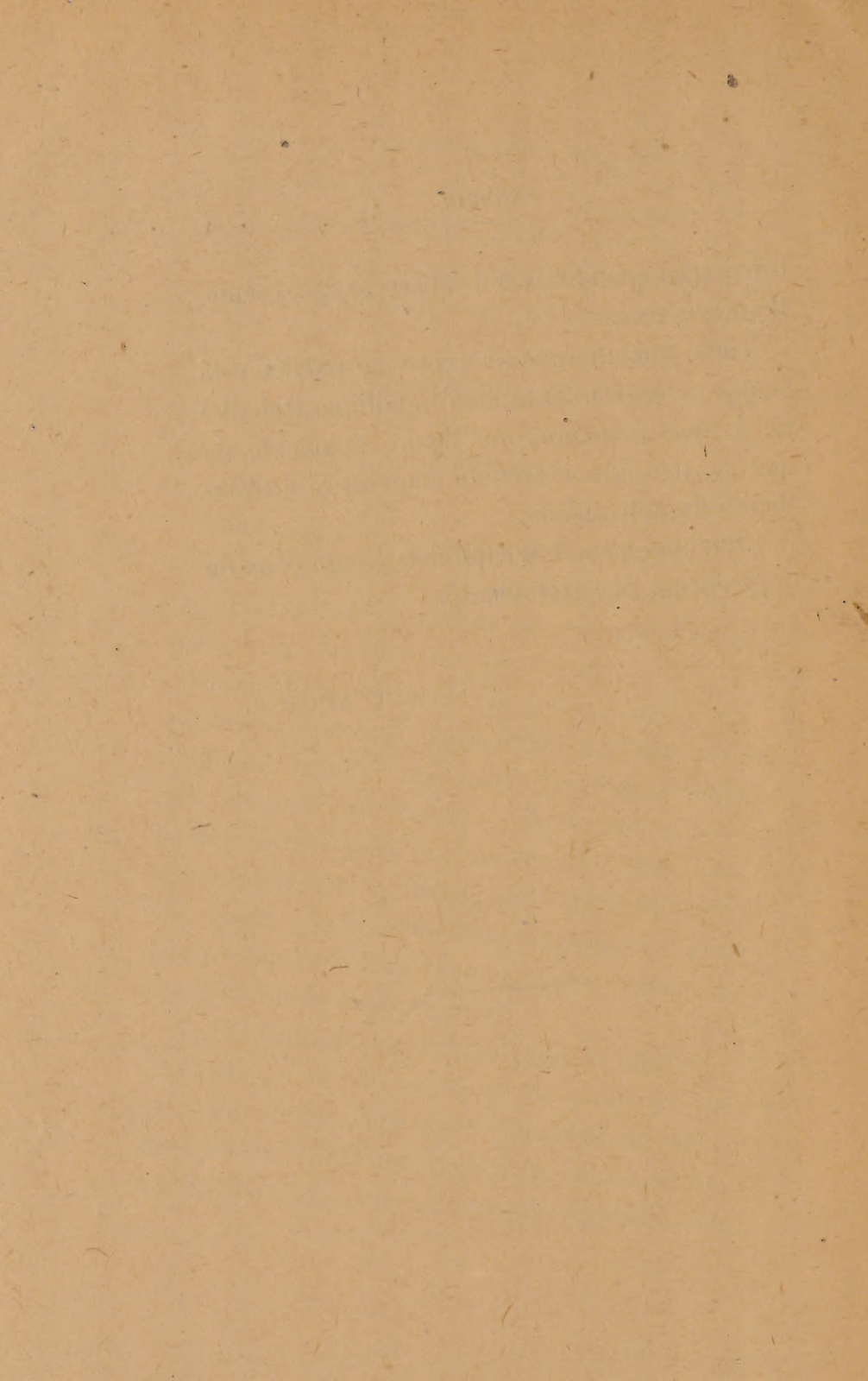
Digo resultado apparente,devido as recidivas.

Ainda novel no exercicio da profissão que pretendo abraçar, não sei se este assumpto agradará a todos; pelo que, peço de me desculparem e solicito o auxilio dos competentes para melhor

orientação quando tiver de observar casos semelhantes a este.

Todo trabalho que se expõe ao publico está sujeito o critica. Este meu humillimo trabalho nada mais é do que um ligeiro apanhado do que se tem dito acerca do diagnostico e tratamento da appendicite.

Dividimol-o em dois capitulos: Diagnostico da appendicite. Seu tratamento.

O AUCTOR.

DISSERTAÇÃO

CADEIRA DE CLINICA CIRURGICA

Ligeiras considerações acerca do diagnostico da appendicite e do seu tratamento

CAPITULO I

Diagnostico da appendicite

Antes de entrarmos no assumpto que pretendemos estudar—diagnostico da appendicite e seu tratamento, devemos dar uma noção anatomica do orgão, séde da molestia.

O appendice tambem chamado appendice ileo-cœcal, appendice vermicular, por ser comparado a um verme lombricoide, é um pequeno cul-de-sac que se acha situado na parte posterior inferior e interna do cœcum.

Poucas vezes elle se acha situado na parede anterior do cœcum. Sua extensão é variavel de tres a quinze centimetros, assim como a sua situação e direcção ; elle affecta typos diversos : descendente, ascendente posterior, lateraes interno e externo, servindo isto para explicar a séde dos differentes abcessos.

No typo descendente, elle se dirige crusando o musculo psoas iliaco em demanda da pequena

bacia, podendo se abrir no recto, na bexiga ou na vagina, tratando-se de mulher.

No typo mais frequente, que é o ascendente e posterior, elle segue a face posterior do cœcum e do colon, direcção que nos explica a situação ou séde dos abcessos da fossa iliaca, peritoneal, retro-cœcal e os situados atraz do colon.

Nos typos lateraes, o appendice segue os lados interno e externo. O appendice é munido de um orificio e de uma valvula, que é denominada valvula de Gerlach.

A extructura do appendice é identica a do cœcum, partindo de dentro para fóra.

Encontra-se no appendice um canal em toda sua extensão, canal appendicular de diametro estreito e bastante desigual que mede tres a quatro millimetros.

Dizia-se antigamente que este canal dava passagem a corpos estranhos, como aresta de peixes, fragmentos de ossos, cabellos e outros que vinham provocal-o, irritando-o, davam em resultado a appendicite. Este modo de ver ficou abandonado, porque não se pode comprehender que, penetrando no cœcum, possam atravessar o appendice do canal muito estreito, de diametro tão pequeno sem feril-o, sem traumatisal-o.

Tem-se encontrado calculos no appendice que se diz ser a verdadeira etiologia da appendicite, porem, isto não é a regra geral, porque há casos nos quaes não se encontrando a verdadeira etiologia, a que os americanos chamam-na appendicite catharral é que Dieulafoy a denomina de obliterante.

Fazendo-se a analyse chimica dos calculos, encontrou-se materia organica estercoral, saes mineraes, principalmente calcareos, phosphatos e carbonatos de calcio; saes de magnesio, chlorêtos, sulfatos e poucas vezes cholesterina; estes elementos mineral e organico em contacto com o muco secretado pelas glandulas do appendice formam camadas, que se avolumam constituindo o calculo.

Como se formaram estes calculos?

Estes saes organicos e mineraes, atravessando o cœcum, penetraram no appendice ou formaram-se directamente na intimidade deste orgão?

A primeira hypothese, nós responderemos negativamente, porque o papel exercido pela valvula é impedir atravessia de qualquer corpo estranho para o interior do orgão em questão, a menos que não haja uma insufficiencia da valvula.

A segunda hypothese, responderemos do seguinte modo: não se conhecendo até hoje o papel do appendice, isto é, a sua verdadeira physiologia, o consideramos ainda como orgão da secreção interna e pensamos que esses calculos sejam de origem microbiana ou diathesica como as lithiases urinaria e biliar.

No caso de appendicite catharral ou obliterante, que tem a mesma symptomatologia, accidente e gravidade como na calculosa, o processo de obliteração é todo igual ao que se observa na obliteração dos canaes biliares no caso de ictericia catharral e na obliteração da trompa de Eustaquio no caso de otite aguda.

Este é o processo de appendicite obliterante aguda.

Existe tambem o processo obliterante chronico que termina pelo estreitamento fibroide e pela obliteração do canal appendicular em um ponto do seu trajecto, phenomeno comparavel a estenose do canal urethral. Alem da etiologia supra dita, o fóco appendicular pode resultar uma flexão, uma torsão, um estrangulamento por uma adherencia ou por uma disposição particular em forma de saca-rolha.

Sendo assim, o canal appendicular na parte

que fica abaixo do obstaculo transforma-se e temos assim appendicite com o mesmo cortêjo de accidentes e complicações, porque a toxi-infecção exerce a mesma acção como na appendicite obliterante e calculosa.

Sabemos que o appendice é provido de um canal appendicular no qual se encontra normalmente germens saprophyta da flora intestinal.

Havendo em qualquer parte do seu trajecto um obstaculo que o oblitere passageira ou permanentemente, este canal se transforma em cavidade fechada na parte abaixo do obstaculo e os germens alli contidos que viviam em plena liberdade, innocentes e innofensivos se vendo situados, exaltam a sua virulencia e tornam-se pathogenos; temos assim appendicite com as suas complicações: abcesso, perfuração, gangrena e phenomenos outros de toxi-infecção.

Não sejamos tão rigorista, tão pessimista, não encaremos a questão por este prisma tão triste e sombrio, lembramo-nos que nem sempre tudo se passa assim, dependendo do gráu de virulencia e da toxidez da phagocytose, *valente defensor do organismo* e em ultima palavra, da sabia natureza.

Não será para admirar que por um processo

não conhecido, o canal appendicular fique completamente cheio e realise a cura espontanea e livre-se o paciente por este processo da acção nociva dos purgativos, da faca do cirurgião e da sepultura.

Observações e experimentações vêm pleitear em favor do que adiantamos.

A appendicite nem sempre tem prodromos.

No meio da mais excellente saúde o paciente é accommettido rapida e traiçoeiramente da molestia.

Se considera o diagnostico da appendicite muito facil entretanto não é.

Tempo é hoje de reagir contra este máu veso que consiste em pôr a conta de appendicite os casos em que se observou phenomenos dolorosos do lado direito do abdomen, isto é, não em absoluto, porque há casos em que se encontra appendicite do lado esquerdo, casos excepcionaes.

São numerosos os erros commettidos pela falta de prudencia, pela falta de um exame mais profundo, mesmo nas mãos de clinicos competentes.

A appendicite é a inflammação do appendice ileo-cœcal; é a grande molestia abdominal, segundo Dieulafoy.

O seu começo é brusco, raramente é precedido de prodromos, outras vezes ella é de marcha lenta quasi apyretica, pouco dolorosa.

Alem dos symptomas classicos pathognomonicos que Dieulafoy chama *triade da appendicite*, e que é representada pela dôr no ponto de Mac-Burney, isto é, no meio de uma linha que partindo da espinha iliaca antero-superior vae terminar no umbigo, hyperesthesia cutanea e defesa muscular, encontra-se outros taes como; nauseas, vomitos, tensão do ventre, constipação, empastamento, diarrhéa, *chamada diarrhéa de defesa*, febre mais ou menos constituindo assim a symptomatologia da molestia em questão.

O valor hemodiagnostico applicado a appendice é de grande importancia sob o ponto de vista clinico e therapeutico.

O sangue no estado normal encerra em cada millimetro cubico 4.500.000 á 5.000.000 de hemacias e de leucocytos 7.500; valor este que sendo comparado com o da nossa doente observada muito desvia da normal; ha, hyperleucocytose, (augmento dos globulos brancos) e diminuição de globulos vermelhos.

Valor hematimetrico da nossa doente.

Hemacias..................	3.100.000
Lecocytos..................	9.362

O embaraço que põe o clinico para caracterisar uma appedicite é das diversas affecções devidas a phenomenos reflexos.

As affecções são as seguintes:

COLICA HEPATICA — Em regra geral, a colica hepatica se apresenta com forte dôr que se irradia em diversos pontos; ponto epigastrico, pontos umbilical, hypo-chondrio direito e ponto scapular.

Os vomitos depois das refeições são alimentares e biliosos quando o calculo já tem alguma demora no canal cystico.

Alem de tudo o augmento de volume do figado no momento da crise, a extrema sensibilidade da vesicula biliar á mais leve pressão, as caimbras do estomago são symptomas que, alliados a coloração icterica das urinas levadas ao seu maximo constituem os elementos que, pleiteando em favor da colica hepatica, fazem differençar da appendicite.

COLICA DE CHUMBO — A colica de chumbo, tambem *chamada colica saturnina, colica dos pintores* pode ser aguda ou chronica; no segundo

caso não precisamos trazer a discussão porque o diagnostico é facil, no caso agudo, cujos symptomas se confundem com os da appendicite, taes como; dôr forte, muito viva, vomitos, constipações, hyperesthesia cutanea que é extrema, coloração subicterica, apyrexia etc.

A palpação tanto num caso como no outro, por mais leve que seja, exacerba a dôr; no entanto feita larga e profundamente diminue na colica saturnina e augmenta na appendicite.

O medico inexperiente e precipitado se deixará illudir por este facto, firmando o diagnostico da appendicite quando se trata de colica saturnina, o que não acontece porem, com um minucioso, previdente e calmo, que repetirá o exame duas ou tres vezes, fazendo a pressão larga e profunda. O unico elemento que faz o diagnostico differencial é a escuta do coração, ouve-se na região basilar um sopro systolico ou mero-systolico. Há ainda um outro elemento que é considerado para alguns auctores como pathognomonicos da colica saturnina é o exame do pulso que nesta molestia é duro se comparando a um fio de ferro mais ou menos tenso. A appendicite pode accommetter um

saturnino chronico, neste caso o diagnostico é de extrema delicadeza e difficuldade.

Só há um meio neste caso é a laparotomia exploradora.

A medicação entre um saturnino quer agudo, quer chronico e um appendicitico é difficilimo.

Como se tratar um individuo saturnino sendo atacado de appendicite?

Dar evacuantes com o fim de minorar a colica de chumbo é exacerbar a appendicite.

Immobilisar o intestino com o fim de minorar a appendicite é exacerbar a colica saturnina; por conseguinte o melhor meio como disse é a laparotomia exploradora. O Dr. Maurice Auvry na sua obra «Diagnostic de l'Appendicite» diz o seguinte:

L'appendice peut survenir chez les saturnins, et Sergent a montré, avec observations à l'appui, combien le diagnostic de l'appendicite pouvait être alors délicat.

La difficulté du diagnostic a sa cause principale dans la notion de profession du malade; cette donnée en effet, exerce une influence « attractive » sur l'espirit, elle appelle a priori l'idée de la colique de plomb (Sergent).

De plus, dans une des observations de Sergent, le tableau clinique de l'appendicite évoluant chez un saturnin fut absolument celui de la colique saturnine

*on peut en juger par la description suivante : «facies anxieux, pâleur, lévres pincées et blêmes, yeux excavès, langue séche; liséré saturnin, pouls serré tendu, presque filiforme ventre nullement ballonné, fortement contracté, douleurs violentes dans tout l'abmen, sans prêdominance en aucun point, exagerèes par le moindre attouchement, pas de fievre (*36,6), *etc.» Le medi cin n'eut même pas l'idèe de songer à l'appendicite, dont l'autopsie du sujet révela l'existence.*

Febre typhica — A febre typhica apresenta com signaes caracteristicos dôr na fossa iliaca direita, hyperesthesia cutanea, febre, vomitos, anorexia, constipação, diarrhéa, meteorismo etc., symptomas estes que no começo fazem confundir com os da appendicite; não trataremos aqui de outros symptomas que se encontram no curso typhico, como sejam; respiratorios, digestivo, urinarios, nervoso, esplenico, cutaneo e sómente depois de alguns dias são observados e para o nosso ponto não tem importancia alguma, porque o nosso fim é o diagnostico differencial.

Como o nosso objectivo é fazer o diagnostico dentro das 24 á 48 horas de iniciado a molestia, despresaremos este cortêjo de symptomas que é peculiar a febre typhica.

Não contaremos com a bacteriologia no exame das fezes e do sangue, porque como sabemos o germen responsavel pela febre typhica é o bacillo de Eberth; normalmente elle é encontrado em estado de saprophyta, innocentes e innofensivos, dormitando seus inconvenientes; os quaes sendo despertados exacerbam pondo em scena a sua virulencia, do mesmo modo encontramos na saliva o pneumococco, o bacillo de Koch etc.

Só um meio encontramos para diagnostico; é o sero diagnostico de Widal.

Diante disto, vê-se que o diagnostico é extremamente difficil; é mister haver prudencia e cautela da parte do clinico para não instituir um tratamento que seja prejudicial ao doente.

Pela falta de prudencia e cautela já se tem feito diagnostico de appendicite, aberto cavidade abdominal, encontrando-se porem, o appendice normal; fez- se appendicectomia e o doente continuou com os mesmos symptomas, com febre, a temperatura abaixou de 40° á 37.

O exame do sangue fornece elementos que auxiliam o diagnostico.

Na febre typhoide sem complicação inflammatoria há leucopemia, hypo-leucocytose, di-

minuição dos globulos brancos e na appendicite supurada dá-se o contrario há hyperleucocytose, augmento dos globulos brancos.

Bayet assignala outros caracteres do sangue na febre typhoide, há diminuição tanto das hemacias como da materia corante.

Occlusão intestinal — Como na appendicite o symptoma capital é a dôr, na apparencia de bôa saúde, muitas vezes no meio das suas occupações em todo labôr, um individuo é accommettido de uma forte dôr em um ponto do abdomen com irridiações multiplas.

Seguem-se nauseas, vomitos alimentares, biliosos e por fim fecaloides, soluços, ventre retrahido, depois de algumas horas vae augmentando de volume.

No começo da molestia a confusão é muito possivel, porque o elemento capital que mais disperta é a dôr, ora pode ser limitada em um só ponto, ora pode se irradiar em diversos.

Contrario a opinião de alguns auctores que dizem haver confusão da appendicite com a occlusão intestinal, apresentamos com defesa a nossa opinião, o seguinte: a dôr, commum as duas molestias, ainda mesmo localisada na fossa iliaca direita, não é e não pode ser elemento

franco e positivo para o diagnostico differencial na appendicite; ella é forte, viva, intensa e continua.

A occlusão não tem remissão, tem momentos de calma e inteiramente apparece e desapparece sob a influencia das contrações peristalticas do intestino, o que não se observa na appendicite, isto é, sob a mesma influencia que tende sempre a augmentar. Na occlusão intestinal é notada a defesa muscular e a hyperesthesia cutanea que com a dôr formam signaes peculiares, pathognomicos da appendicite, constituindo a triade denominada por Dieulafoy, que por si só é elemento positivo para differenciar a appendicite da occlusão intestinal.

Se appellarem para os outros elementos, temos o desmenttido pelos vomitos que a principio alimentares e biliosos como na appendicite, tornam-se mais tarde fecaloide, o que não se encontra nesta pelo augmento de volume do ventre, pelo desenho das ansas intestinaes em consequencia da distensão das paredes, pelas fezes e gazes, distensão que pode causar dyspnéa e suffocação mostrando quanto padece o doente pela baixa da temperatura, pela prostação da victima que na occlusão intestinal e não na appendicite.

A constipação é absoluta na occlusão intestinal; na appendicite porem, pode haver diarrhéa que Dieulafoy chama-na *diarrhéa de defesa.*

O meteorismo na appendicite pelo catheterismo anal desapparece o que não se observa na occlusão intestinal.

TYPHLITE ESTERCORAL—Nos casos simples a typhlite em nada se pode confundir com a appendicite, porque alem da ausencia de signaes que muito despertam a alteração do paciente e do clinico; a dôr, a hyperesthesia cutanea e a defesa muscular vêm sempre precedida de prodromos, que são representados por anorexia, máo estar, constipação e colica, o que não se observa na appendicite, que alem de tudo, um purgativo vem confirmar o diagnostico. Nos casos graves observa-se vomitos biliosos, febre, meteorismo, dôres vivas tendendo a se localisar no nivel do cœcum, porem que geralmente não se nota a existencia localisada no ponto de Mac-Burney, alem disto observa-se pela percussão, ora submatidez, ora um som hydro aereo conforme a distensão do cœcum por materias solidas ou por misturas de liquidos e de gazes.

Pela palpação se nota um empastamento profundo sem plastron parietal, outras vezes sente-se um endurecimento movel transversamente, que deixa pela palpação na região a impressão dos dedos.

Alem dos signaes supraditos temos em favor da typhlite grave a ausencia da hyperesthesia cutanea e defesa muscular que ligados a dôr, são symptomas pathognomonicos da appendicite que com elles, ella não permitte que se a confunda com outros.

Alem das affecções supraditas que pertubam o diagnostico de uma appendicopathia temos a indigestão, a dysenteria, os abcessos da fossa iliaca a invaginação ileo-cœcal, a coxalgia, os tumores do cœcum etc.

Appendicopathia tem com factor tres causas; determinantes, predisponentes e occasionaes.

Causas determinantes. — A retenção de materia estercoral é um dos elementos que produz a appendicite, irritando o cœcum, devido o accumulo de conteudo fecal, facitando deste modo a flora microbiana do intestino. A sua constituição é identica a do appendice ao qual se acha appenso.

Algumas observações têm demonstrado, como

causa determinante, a retenção; é assim que um scientista inglez W. J. Tyson assevera, porque já foi victimado por dois ataques de appendicite, não attribuindo a outro movel senão a retenção.

A posição nas dejecções muita influencia como causa determinante nas appendicopathias.

Existe dois methodos; o methodo antigo e o methodo moderno.

O methodo antigo consiste em o individuo ficar de cocaras, facilitando desta maneira a defecação, porque fecha os canaes tanto inguinal como crural e contrahe os musculos abdominaes.

O methodo moderno é mais suave, porque o individuo fica assentado como quem está em uma cadeira; porem este methodo não facilita a defecação tanto, quanto o antigo; entretanto este approxima mais da natureza é o preferivel.

O methodo supradito é de Tyson.

Tyson, Palasne de Campeaux e outros aconselham que os individuos privados devem ir todas as manhãs ao apparelho quer sintam vontade ou não de defecar, detendo-se algum tempo, contrahindo os musculos e provocando deste modo os movimentos intestinaes. Froussard

pensa como Tyson chamando o methodo turco, o antigo; o inglez, o moderno.

A insufficiencia da valvula de Gerlach tambem é um dos factores determinantes de uma appendicopathia, permittindo a travessia de corpos estranhos, como sejam : sementes de uvas, cabellos tanto de escovas como de bigode que já foi encontrado, espinha de peixes etc.

Os parasitas intestinaes, tricocephalus dispar e oxyuris tambem são responsaveis pela appendicite como factor determinante.

Menetrier e Brumpt citam ter encontrado o oxyuris e o tricocephalus em individuos operados de appendicite; o primeiro diz ter encontrado nas duas operações que praticou, o tricocephalos e o oxyuros; o segundo diz ter encontrado um fio de sangue coagulado contendo um numero consideravel de oxyuros que o exame microcopio revelou.

Assevera Metchnikoff que o tricocephalos é o unico responsavel pela appendicite, em virtude ser encontrado nas fezes dos appendiciticos.

Causas predisponentes. — As malformações congenitas inclusive as molestias intestinaes são causas que predispoem o appendice redundando uma appendicopathia.

Há quem diga que a idade é uma das causas, principalmente dos 13 aos 25 annos; o que é veridico é que já se tem registrado casos de appendicite infantil.

A appendicopathia é uma affecção que pouco ataca o adulto de 45 annos em diante, sendo o sexo masculino quem paga maior tributo.

Quanto as raças ainda não se poude tirar uma conclusão segura, o que temos observado é que o estrangeiro é mais atacado de appendicite do que o brazileiro.

A hereditariedade tem influencia alguma na appendicopathia.

Rendu devido as suas observações, cita familias em que os membros têm sido atacado de appendicite.

Tyson e Vibert pensam do seguinte modo: que as appendicopathias, são devidas a superalimentação principalmente os alimentos superazotados.

Causas occasionaes. — As causas occasionaes como seu nome indica, são causa ephemeras, ellas passam despercebidas. O resfriamento, o abuso dos gelados a indigestão, os saltos violentos, as manobras forçadas, as

ligeiras mastigações, os traumatismos muito influenciam como causas de appendicite.

De todas causas supra dita a mais conhecida é a iudigestão.

CAPITULO II

Tratamento da appendicite

Firmado o diagnostico de qualquer molestia, é dever do clinico instituir o tratamento; este, no ponto que nos prende attenção, é assumpto de magna importancia, porque deixa pairar no espirito do clinico uma certa duvida pela divergencia de opinião dos mais abalisados e competentes.

Desde epoca remota que o tratamento da appendicite tem dado margens a grandes discussões sem que della resulte conclusão definitiva.

E' assim que encontramos dois campos inteiramente oppostos; o campo medico e o campo cirurgico tambem chamado intervencionista; o primeiro proclama com muito bom exito a therapeutica medica apresentando observações que vêm testemunhar á razão de suas crenças, o segundo querendo ter a palma condemna o tratamento medico e se esforça por mostrar o resultado das suas observações.

Diz o Professor Dieulafoy, que muito tem estudado o assumpto, que nas duzentas e tantas observações, siquer, nunca obteve uma só cura pelo tratamento medico e termina dizendo, com tamanha convicção que, *não existe tratamento medico da appendicite.*

No estado actual da sciencia, acceita a theoria da cavidade fechada, creada pelo Professor Dieulafoy, conhecido o effeito nocivo do producto elaborado nesta cavidade, producto de toxi-infecção, o tratamento medico tal qual como se nos aconselha os seus adeptos não tem influencia alguma para obstar a evolução deste appendicopathia e suas complicações, nem reparar os damnos causados por ella.

Quando esta entidade morbida se annuncia ao paciente por um symptoma unico para elle, a dôr, obrigando-o a guardar o leito, já a appendicopathia estáem plena evolução, o orgão appendicular, lesado ; a cavidade fechada, formada; os germens elaborando os seus productos toxicos, disseminando-os por toda economia e que acção terão os meios medicos?

A belladona, o opio, as bexigas de gêlo, as cataplasmas evitarão que o mal continue, que os productos elaborados sejam absorvidos pela

economia, que os germens paralyse a sua acção, que o appendice que está transformado em cavidade fechada volte ao seu estado physiologico, isto é, cavidade aberta?

O purgativo por mais leve que seja, appressando os movimentos peristalticos e antiperistalticos do intestino, concorrendo segundo alguns, para fornecer a eliminação dos productos toxicos, allivia o paciente? Cura? ......

Com este tratamento temos vencido a batalha? Não! .....

O facto de alliviar o paciente não deve fazer comprehender ao medico que esta appendicopathia está debellada, que está salvo o paciente e finalmente que a victoria está ganha?

Devemos receiar a acalmia enganadora, digamos traidora tão falada pelo Professor Dieulafoy, não nos venha fazer passar por dissabores de vermos o paciente succumbir-se quando o julgavamos curado.

Sendo assim, é perdermos tempo, é appressarmos os dias do paciente, empregando palliativos e o nosso sublime papel, o nobilitante sacerdocio do medico, o idéal emfim é curar e não matar.

O oleo de palma christi, o citrato do magne

sio appressando como sabemos os movimentos peristalticos e antiperistalticos do intestino não aggravará o mal cujo orgão deve estar mantido em repouso?

Este meio therapeutico uma vez no intestino attingirá ao appendice? Não! ......

Para attingir ao appendice só ha um meio é a laparotomia (Dieulafoy).

Mêlier já em 1827 previa o tratamento desta appendicopathia pela mão armada do cirurgião e assim se exprimia: *s'il était possible disait il, d'etablin d'une maniére certaine le diagnostic de ces affections, ou concevrait la possibilité d'un debarrasser les malades au moyen d'une operation. On arrivè peut-être á ce resultat.*

Cabe portanto a gloria de ter pensado na intervenção cirurgica. Mais tarde as investigações de Fenwick, Fitz, Weiz, Mac-Burney, Roux e outros vieram confirmar a previsão de Mêlier, inaugurando o tratamento cirurgico para esta appendicopathia.

O cirurgico americano Kean diz que em presença de uma appendicopathia a primeira indicação do clinico é chamar um cirurgião.

Discussões têm-se estabelecido, idéas têm se

chocado, opiniões tem sido emittidas sobre o momento em que deve entrár em scena a cirurgia.

Infelizmente até a hora actual não se chegou a um accordo; assim é que os cirurgiõos dividem em dois grupos constituindos, dois partidos uns adeptos das intervenções a frio e outros adeptos dasintervenções a quente. Intervir a quente nos dois primeiros dias, no momento mais ou menos proximo da occasião em que appendícite entrou em scena, isto é se o pratico tem a felicidade de ver o paciente nesta occasião, quando o fóco appendicular ainda está limitado, a victoria é certa; segundo o Professor Dieulafoy é *cortar o mal pela raiz.*

Intervir, intervir sempre o mais cedo possivel, tal deve ser a conducta do clinico no tratamento desta appendicopathia. Dentro das 36 á 48 horas pode se garantir segundo os auctores Dieulafoy, Marion e outros, resultados satisfactorios; neste tempo ainda os productos toxi-infectuosos não estão em doses sufficientes para fazer succumbir o paciente. A appendicopathia ainda mesma em eminencia de perfuração, a gangrena pode ser estirpado e assim o organismo livre de suas terriveis consequencias.

Diz Marion que em presença duma appendicopathia, cujo prognostico é sombrio, não se pode garantir, é mister intervir do que se abster.

Achamos que elle tem razão, porque esta entidade é de extrema gravidade não só pelas lesões locaes, como tambem pelas infecções secundarias diversas e a intoxicação geral que ella pode produzir, e, como consequencia de tudo isto, devemos ter consideração mais ao estado geral do que ao local.

Pelo exposto, vê-se que somos partidarios da intenção a quente.

Intervir a frio só tem uma vantagem, é evitar as recidivas. Coherente com a nossa opinião, contraria ao tratamento medico, não podemos admitir que se deixe a molestia evoluir sem saber até onde vae terminar, esperando resfriamento para intervir. Applaudir a intervenção é por em execução o tratamento medico, cujas consequencias já dissemos acima é luctar contra o inimigo desarmado como diz o Professor Dieulafoy é *extinguir um fóco que não queima*; é pretender as glorias de uma victoria que não tem razão de ser, quando a unica que a isto faz jús *é a sabia natureza*. Tempo-

risar, esperar que as lesões desappareçam para intervir a frio é concorrer para augmentar a cifra da mortalidade. Quando a appendicopathia se declara, ninguem sabe qual será o resultado:

Sobrivirá uma peritonite suppurada generalisada, uma sepcemia peritorial, uma infecção de toda economia oriundas todas de um mesmo fóco appendicular; estados todos estes mortaes e só depois de tudo isto que se vae intervir? Não será mais humano que se evite todos estes desastres, intervindo a quente antes do apparecimento de um destes estados mortaes?

Até agora, no estado actual da sciencia, são estas as opiniões reinantes; tratamento medico acceito por uns, condemnado por outros; tratamento cirurgico abrangendo os dois partidos; intervencionista a quente e intervencionista a frio.

Esperemos o futuro, confiemos que as investigações, as experimentações, as observações a curadas dos mestres e dos praticos venham resolver segura e difinitivamente o problema, venham aclarar os horisontes até então escuros; nos proporcione um meio de alliviarmos o paciente e não nos colloque na triste posição

de confiar sómente nas forças da natureza, quando a appendicopathia se nos apresentar no terceiro ou quinto dia de sua molestia que possamos deixar de lado a expectação e exercer a nobilitante profissão medica, agindo com afinco, com segurança, curando o doente; que possamos dizer orgulhosamente, como homem de sciencia; *a appendicite é uma molestia curavel.*

Observação

Em 26 de Julho de 1911 deu ingresso no Hospital Santa Isabel uma doente de nome Z. de M., branca, solteira com 38 annos de edade, residente nesta Capital, bahiana; occupando o leito n, 2, da enfermaria de Sant'Anna, clinica do illustre cathedratico o Professor Dr. João Americo Garcez Fróes.

Historia pregressa da doente.

Diz a nossa doente que nada sabe contar acerca do soffrimento de seus paes, ambos mortos; anteriormente ao seu soffrimento, nada adianta.

O seu soffrimento começou com dôres vivas muito intensa do lado direito do abdomen, nas proximidades do umbigo sem deixar pessoa alguma a mais leve pressão tocar a mão, nem mesmo a propria doente, siquer tocava de leve.

Levou dias sem defecar, sem urinar.

Disse que attribue tudo isto ao abuso de mangas que chupou apparecendo após uma diarrhéa mais ou menos forte accompanhada de estrias de sangue.

Disse mais que, tudo que comia era as pressas, mesmo na occasião das refeições, julgava a paciente que isto influisse de algum modo para o seu soffrimento.

Foi forçada a entrar para o hospital onde se internou. Foi cuidadosamente medicada, melhorou, sahiu ; depois peiorou, porém menos do que da outra vez.

De novo volta ao hospital foi medicada.

Tinha vomitos continuos, ora biliosos, ora sem bilis, meteorismo, lingua saburrosa, febre, dôres vivas, anorexia, etc.

Convidada pelo illustrado cathedratico Professor Dr. Fróes para ser operada, se furtou dizendo que desejaria morrer com o seu soffrimento.

A nossa paciente disse mais que a febre não a deixava, dias mais, dias menos: applicou-se pontas de fogo, sendo anteriormente medicada.

Fez-se os seguintes exames,

Exame das fezes:

O exame coprologico revelou a existencia de ovulos de tricocephalos.

O exame hematologico revelou o seguinte:

Hemacias....................	3.100.000
Leucocytos..................	9.362

Relação globular; um branco para tresentos e trinta e um globulos vermelhos.

Hemoglobina (Fleichl).......	65 %
Valor globular...............	1,04

Formula hemo-leucocytaria:

Polynucleares..............	330—66,0 %
Eosinophylos..............	10—20 %

Monocleares	29—58	°/₀
Grandes lymphocytos	56—11,2	°/₀
Pequenos lymphocytos	72—14,4	°/₀
F. de transição	3— 0,6	°/₀
	500 100,0	

Exame de urina:

Quantidade em 24 horas	—400 cc.
Côr	amarello claro
Aspecto	limpido
Consistencia	fluida
Cheiro	suigeneris
Reacção	neutra
Densidade	1016
Sedimento	ligeira hypostase

Materiaes solidos	14,91
Uréa	não se fez
Acido urico	» » »
Phosphatos	2,86
Chlorêtos	7,78
Urobilina	excesso
Albumina	não tem
Glycose	» »
Bilis	» »

O exame do escarro revelou a presença do bacillo de Koch.

Temperatura

JUNHO			JULHO			AGOSTO			SETEMBRO			OUTUBRO			NOVEMBRO		
Data	Manhã	Tarde	Data	Manhã	Tarde	Data	Manhã	Tarde	Data	Manhã	Tarde	Data	Manhã	Tarde	Data	Manhã	Tarde
			1	36,7	37,0	1	37,0	37,7	1	36,6	37,8	1	36,8	38,0	1	37,3	37,9
			2	36,9	37.0	2	37,0	38,0	2	36,8	38,5	2	36.7	37,8	2	36,9	37,8
			3	36,4	36.7	3	36,6	37,4	3	36.7	37,4	3	36.6	38,6	3	36,6	37,3
			4	36,6	36,6	4	36,8	37,6	4	36,4	37,9	4	36.5	37,6	4	36.8	37,6
			5	36,9	36,8	5	36 5	38,0	5	36.6	38.2	5	36.9	38.5	5	36,6	36,7
			6	37,0	36.9	6	37.3	37,5	6	36,4	37,5	6	36.7	37,5			
			7	36,0	37.0	7	37,0	38,5	7	37,0	88,5	7	36 6	37,8			
			8	36,6	37.0	8	36,5	37.5	8	36,8	38.0	8	36,5	37 6			
			9	30,5	36.9	9	36 8	37,6	9	36,5	38,3	9	36 6	37,4			
			10	3[illegible],7	39.3	10	36,6	37,4	10	36.6	38,4	10	36,9	37.8			
			11	37,2	38.8	11	36.8	37,6	11	37,0	37,6	11	36,8	37,7			
			12	37,0	36,9	12	36,5	38,0	12	36,4	38,0	12	36,9	37 9			
			13	36,9	38.8	13	37,3	37.5	13	36.5	38.2	13	36.5	37,6			
			14	36,7	38,8	14	37.0	38,5	14	36,4	37,9	14	36.8	37.5			
			15	37,2	58,7	15	36,8	37 6	15	36,2	37,4	15	37,2	38,4			
			16	37,0	38.5	16	36,8	37,5	16	36.8	37,6	16	37,0	39.0			
17	37,0	37,4	17	37,0	38,8	17	36,5	38,4	17	37,8		17	37,0	37,8			
18	36,5	36,2	18	37,2	38,3	18	36,8	37,2	18	38.4	37,3	18	36.9	38,0			
19	36,2	37,0	19	37,0	38,3	19	36 0	37,0	19	36.5	37,2	19	37,0	37,6			
20	35,5	36.5	20	36,5	37,8	20	37,0	37,8	20	36,3	37,8	20	36,8	38.0			
21	36,4	37,0	21	36,9	38 3	21	36,8	37,7	21	36.8	37.3	21	36,8	37,6			
22	36.2	37.3	22	37,	37,7	22	36,6	37,4	22	37,3	38.6	22	36.9	37,9			
23	36,5	37.0	23	37,2	37,9	23	37,0	37,5	23	37.0	37,5	23	36,8	37,8			
24	36,0	36 5	24	36,9	38,3	24	36,8	38.6	24	36.2	37,5	24	36,8	38 9			
25	36,4	37,2	25	36,9	37,0	25	36,7	38,0	25	36,6	36,8	25	37,2	39.3			
26	36,2	37,3	26	37,3	38,3	26	36,9	39,5	26	36,4	37,6	26	37,5	38,0			
27	36.2	37.5	27	36,9	38,2	27	37,3	38,2	27	36,7	37,5	27	37,3	38,2			
28	36,9	36.8	28	35,7	38,0	28	36,8	38,2	28	36,8	37,8	28	37,0	37,5			
29	36,4	37.0	29	37,3	37,9	29	36,7	38,0	29	36.7	37,6	29	36.8	37,6			
30	36,2	36,9	30	37,2	38,0	30	36,8	38,6	30	36,3	38,3	30	36,6	37,8			
			31	36,9	38,4	31	36,8	37,8				31	36,8	38,2			

Pulso

AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO
1	1—86	1—81	1—80
2	2—77	2—94	2
3—88	3	3—94	3—86
4—83	4—100	4—88	4—72
5—92	5—104	5—76	5
6—96	6	6—80	6
7—83	7	7	7
8—73	8—126	8	8
9—84	9	9—77	
10—86	10	10—92	
11—76	11—94	11	
12—90	12—88	12	
13	13—84	13	
14—38	14—100	14—72	
15	15—82	15	
16—100	16—78	16—72	
17—86	17	17	
18—82	18—80	18—90	
19—110	19	19	
20	20—82	20—76	
21—83	21	21	
22—80	22—92	22	
23—86	23—108	23	
24—88	24	24—74	
25—104	25—84	25—108	
26—86	26—100	26	
27—110	27—90	27—76	
28—68	28—88	28	
29—84	29—84	29	
30—76	30—82	30—84	
31—76		31—72	

Respiração

Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
25—24	1—24	1—36	1—34
26—34	2—30	2—23	2—
27—44	3—	3—22	3—29
28—42	4—30	4—30	4—28
29—47	5—38	5—28	
30—36	6—	6—30	
31—30	7—	7—	
	8—44	8—	
	9—	9—28	
	10—	10—28	
	11—33	11—	
	12—30	12—	
	13—28	13—	
	14—34	14—26	
	15—42	15—	
	16—28	16—28	
	17—	17—	
	18—24	18—34	
	19—	19—	
	20—36	20—27	
	21—	21—	
	22—24	22—	
	23—38	23—	
	24—	24—32	
	25—28	25—30	
	26—28	26—	
	27—24	27—34	
	28—36	28—	
	29—32	29—	
	30—26	30—26	
	31—	31—24	

Defecação

Setembro	Outubro	Novembro
5—1	1—0	1—1
6—0	2—0	2—1
7—8	3—0	3—1
8—0	4—1	
9—1	5—1	
10—6	6—1	
11—0	7—1	
12—1	8—0	
13—9	9—1	
14—5	10—0	
15—0	11—1	
16—1	12—1	
17—9	13—1	
18—0	14—0	
19—1	15—0	
20—0	16—6	
21—1	17—5	
22—0	18—0	
23—1	19—9	
24—1	20—0	
25—1	21—5	
26—9	22—1	
27—4	23—1	
28—0	24—0	
29—4	25—0	
30—6	26—1	
	27—1	
	28—5	
	29—1	
	30—1	
	31—0	

PROPOSIÇÕES

Tres sobre cada uma das cadeiras do curso de scieucias medicas e cirnrgicas

PROPOSIÇÕES

ANATOMIA DESCRIPTIVA

I

O diaphragma é o maior musculo chato da economia.

II

Elle forma um repto que separa a cavidade thoracica da abdominal.

III

E' um musculo inspirador por excellencia.

ANATOMIA MEDICO-CIRURGICA

I

O appendice é um pequeno tubo cujas paredes são ligeiramente achatado em estado physiologico.

II

Elle se acha implantado no cœcum communicando com este intestino pela sua extremidade adherente.

III

Seu comprimento e largura são variaveis.

HISTOLOGIA

I

O appendice possue igual numero de tunicas que possue o cœcum.

II

Ellas são quatro; peritoneal ou serosa, a musculosa, a submucosa e a mucosa.

III

Existe no appendice um numero consideravel de folliculos fechado.

BACTERIOLOGIA

I

Dorme ainda hoje no esquecimento o germen especifico da appendicite.

II

Germens da flora intestinal já se tem encontrado no interior do appendice.

III

O tricocephalus dispar e o oxiuris vermicular em grande profusão.

ANATOMIA E PHYSIOLOGIA PATHOLOGICAS

I

As granulações tuberculosas do rim, em pequeno numero ou em grande se encontram na superficie do orgão, na capsula e no parenchyma.

II

Conforme a infecção sanguinea e ascendente, ella invade a substancia cortical ou a medular e as pyramides.

III

Durand-Fardel encontrou bacillo tuberculosos na profundez do parenchyma renal internamente a formação de toda granulação biliar

PHYSIOLOGIA

I

Até hoje não se descobriu a verdadeira physiologia do appendicite.

II

Será um orgão util?

III

Será um orgão inutil?

THERAPEUTICA

I

Não ha tratamento medico da appendicite.

II

A unica therapeutica applicada é a cirurgica.

III

Conforme o meio em que se acha o paciente deve-se banir os medicamentos.

HYGIENE

I

O unico meio de precaver a appendicite é a sua prophylaxia.

II

Os alimentos superazotados concorrem para produzir appendicite.

III

A insufficiencia de mastigação, os alimentos alterados e os indigestos coadjuvam a appendicite.

MEDICINA LEGAL E TOXICOLOGIA

I

E' dever do clinico em frente duma appendicite aconselhar a familia do paciente que deve abrir o ventre; praticar a appendicectomia.

II

E' de deontologia clinica diante duma appendicite não prognosticar; sabe-se o começo, porem o seu fim é duvidoso.

III

No caso de appendicite o pratico não intervindo é possivel o paciente succumbir-se por sepcemia.

PATHOLOGIA CIRURGICA

I

Queimaduras são lesões produzidas nos tecidos pelos agentes physicos e chimicos.

II

A classificação geralmente acceita é a de Dupuytren que as divide em seis gráos.

III

A gravidade da queimadura está na razão directa da extenção.

OPERAÇÕES E APPARELHOS

I

Appendicectomia é a estirpação do appendice.

II

Pratical-a a quente é o ideal.

III

Pratical-a a frio só evitará as recidivas.

CLINICA CIRURGICA (1ª CADEIRA)

I

Só se deve operar as appendicites a quente nas primeiras 24 á 48 horas.

II

Depois deste periodo as intervenções são quasi fataes.

III

As operações de appendicite a frio são benignas, quasi sempre.

CLINICA CIRURGICA (2ª CADEIRA)

I

O melhor processo de hemostasia do figado é o do Dr. Chapot Prévost.

II

E' o mais rapido e o mais seguro.

III

A sua execução é das mais simples.

PATHOLOGIA MEDICA

I

O transmissor do paludismo é um insecto especial denominado anopheles.

II

Elle transmitte por inoculação.

III

Existe um orgão de maior predilecção o baço.

CLINICA PROPEDEUTICA

I

A media normal de urina de um adulto nas 24 horas segundo Spell é de 1800 centimetros cubicos.

II

A sua densidade é variavel é de 1015 á 1025.

III

Qualquer diagnostico sem analyse de urina pode ser considerado incompleto.

O seu exame clinico e microscopico é um poderoso auxiliar para a diagnose das entidades morbidas.

CLINICA MEDICA (1ª CADEIRA)

I

O paludismo é uma entidade morbida cujo responsavel é o hematozoario de Laveran.

II

O hematozoario de Laveran é polymorpho se apresenta sob quatro formas; corpos esphericos, corpos em rosacea, flagellos e crescentes.

III

O especifico do paludismo é na a quinina.

CLINICA MEDICA (2.ª CADEIRA)

I

A ankylostomiase tem como responsavel um parasita intestinal denominado ankylostomum duodenale.

III

Elle é um hemophago ou hematophago.

A sua presença nas fezes positiva a sua diagnose.

MATERIA MEDICA, PHARMACOLOGIA E ARTE DE FORMULAR

I

O calomelanos na dóse de cinco centigrammos é um alterante.

II

O calomelanos na dóse de quarenta centigrammos já é um purgativo cholagogo.

III

O calomelanos tambem é empregado como antisyphilitico.

HISTORIA NATURAL MEDICA

I

A quina é um vegetal pertencente a familia das Rubiaceas.

II

Della é extrahida a quinina.

III

Este é o especifico do paludismo.

CHIMICA MEDICA

I

O unico metal liquido é o mercurio.

II

Elle forma com os metaes, amalgamas.

III

Dos seus saes os mais empregados em medicina são: proto-chorêto de mercurio, o bi-

chlorêto de mercurio, o iodêto mercurico e o protoiodeto de mercurio e outros.

OBSTETRICIA

I

O symptoma pathogemico da hemorrhagia retro placentaria é a *rixidez tenhosa da parede uterina.*

II

Esta rigidez sente perfeitamente pela palpação.

III

Acompanham os symptomas seguintes: ausencia de batimentos do coração fetal, symptomos geraes de hemorrhagia interna, raramente perda sanguinea e quando rota a bolsa das aguas, escoamento liquido roseo, signal de feto morto.

CLINICA OBSTETRICA E GYNECOLOGICA

I

Existe dois tratamentos das metrites; o tratamento medico e o tratamento cirurgico.

II

As metrites se dividem, em metrite do corpo e metrite do collo.

III

O tratamento medico é fallivel e demorado; o cirurgico é rapido e radical.

CLINICA PEDIATRICA

I

A coqueluche, molestria infectuosa e altamente contagiosa accommette quasi exclusivamente ás creanças.

II

Caracterisa-se clinicamente por uma tosse quintosa com crepitação sibilante.

III

O prognostico está na razão directa da edade.

CLINICA OPHTALMOLOGICA

I

As ophtalmologias purulentas são quasi sempre de natureza gonococica.

II

O nitrato de prata em solução tem grande acção nas ophtalmias purulentas.

I II

A ictericia tambem se encontra nos appendiciticos

CLINICA DERMATOLOGICA E SYPHILIGRAPHICA

I

A syphilis tem como responsavel o treporema pallidum.

II

A syphilis é uma sepcemia.

III

O seu especifico é o mercurio.

CLINICA PSYCHIATRICA

I

Os germens elaborando as suas toxinas, estas actuam sobre os nervos.

II

A hysteria pode perturbar a diagnose da appendicite·

III

Parece ·rasoavel que o tratamento da hysteria seja a suggestão.

Visto.

Secretaria da Faculdade de Medicina da Bahia em 31 de Outubro de 1912.

O Secretario,

Dr. Menandro dos Reis Meirelles.

ERRATA

Pag.	linha		leia-se
9	6	leia-se	—e
» 11	» 8	»	—saprophytas
» 11	» 15	»	—sitiados
» 11	» 19	»	—rigororistas
» 11	» 19	»	—pessimistas
» 11	» 21	»	—lembremo-nos
» 12	» 19	»	—appendice
» 13	» 17	»	—appendicite
» 13	» 21	»	—hematias
» 14	» 3	»	—leucocytos
» 14	» 5	»	—appendicite
» 15	» 13	»	—deixará
» 15	» 23	»	—pathognomonico
» 16	» 6	»	—difficilima
» 16	» 14	»	—dissemos
» 16	» 17	»	—appendicite
» 18	» 6	»	—sem
» 18	» 26	»	—leucopenia
» 19	« 12	»	—irradiações
» 19	» 23	»	—como
» 20	» 18	»	—fecaloides
» 21	» 11	»	—attencção
» 21	» 13	»	—precedidas
» 22	» 3	»	—transversalmente
» 22	» 12	»	—perturbam
» 22	» 17	»	—como factores tres causas:
» 22	» 22	»	—facilitando
» 24	» 8	»	—foram encontrados
» 24	» 19	»	—microscopico
» 29	» 1	»	—paralysem
» 36	» 9	»	—quanto
» 37	» 1	»	—mononucleares
» 59	» 9	»	—ophtalmias

e outros para os quaes pedimos a benevolencia do leitor.